

事業所名:

事業所番号:

(枝番)

## 基本情報（小規模多機能型居宅介護）

計画年度	2009 年度	記入年月日
記入者名		所属・職名

### 1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他  (その他の場合、その名称)
	名称	(ふりがな)
法人等の主たる事務所の所在地	〒	
法人等の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	[ ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: →
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	
	職名	
法人等の設立年月日	昭和・平成 年 月 日	

## 法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

介護サービスの種類	か所数	主な事業所等の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	[ ] 0.なし・1.あり		
訪問入浴介護	[ ] 0.なし・1.あり		
訪問看護	[ ] 0.なし・1.あり		
訪問リハビリテーション	[ ] 0.なし・1.あり		
居宅療養管理指導	[ ] 0.なし・1.あり		
通所介護	[ ] 0.なし・1.あり		
通所リハビリテーション	[ ] 0.なし・1.あり		
短期入所生活介護	[ ] 0.なし・1.あり		
短期入所療養介護	[ ] 0.なし・1.あり		
特定施設入居者生活介護	[ ] 0.なし・1.あり		
福祉用具貸与	[ ] 0.なし・1.あり		
特定福祉用具販売	[ ] 0.なし・1.あり		
<地域密着型サービス>			
夜間対応型訪問介護	[ ] 0.なし・1.あり		
認知症対応型通所介護	[ ] 0.なし・1.あり		
小規模多機能型 居宅介護	[ ] 0.なし・1.あり		
認知症対応型共同 生活介護	[ ] 0.なし・1.あり		
地域密着型特定施設 入居者生活介護	[ ] 0.なし・1.あり		
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	[ ] 0.なし・1.あり		
居宅介護支援	[ ] 0.なし・1.あり		

<介護予防サービス>

介護予防訪問介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問入浴介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問看護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防訪問リハビリテーション	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防居宅療養管理指導	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防通所介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防通所リハビリテーション	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防短期入所生活介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防短期入所療養介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防特定施設入居者生活介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防福祉用具貸与	[ ] 0. なし・ 1. あり			
特定介護予防福祉用具販売	[ ] 0. なし・ 1. あり			

<地域密着型介護予防サービス>

介護予防認知症対応型通所介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防小規模多機能型居宅介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防認知症対応型共同生活介護	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護予防支援	[ ] 0. なし・ 1. あり			

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護老人保健施設	[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護療養型医療施設	[ ] 0. なし・ 1. あり			

## 2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業所の名称	(ふりがな) .....	
事業所の所在地	〒	市区町村コード .....
事業所の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	[ ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: →
介護保険事業所番号		
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	
	職名	
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)		
事業の開始(予定)年月日	平成 年 月 日	
指定の年月日	平成 年 月 日	
指定の更新年月日(直近)	平成 年 月 日	
生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無	[ ] 0. なし・ 1. あり	
事業所までの主な利用交通手段		
<input type="text"/>		

### 3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間等						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者	人	人	一	一	0人	人
介護支援専門員	人	人	人	人	0人	人
介護福祉士	人	人	人	人	0人	人
看護職員	人	人	人	人	0人	人
その他従業者	人	人	人	人	0人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					時間	
※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
夜勤・宿直を行う従業者的人数	夜勤	人				
		→うち併設施設等との兼務		人		
宿直		人				
		→うち併設施設等との兼務		人		
管理者の他の職務との兼務の有無			[ ] 0.なし・1.あり			
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等	[ ] 0.なし・1.あり 1.あり: → 資格等の名称					
従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等						
区分	介護支援専門員			他の従業者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数	人	人	人	人		
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者的人数	人	人	人	人	人	
1年～3年未満の者的人数	人	人	人	人	人	
3年～5年未満の者的人数	人	人	人	人	人	
5年～10年未満の者的人数	人	人	人	人	人	
10年以上の者的人数	人	人	人	人	人	
従業者の健康診断の実施状況			[ ] 0.なし・1.あり			

#### 4. 介護サービスの内容に関する事項

事業所の運営に関する方針							
介護予防および介護度進行予防に関する方針							
営業時間等							
営業時間	通いサービス	時	分	～	時	分	
	宿泊サービス	時	分	～	時	分	
	訪問サービス	24 時間					
時間外対応の実績 (記入年月日を含む月の前月 から1年間)							
通常の事業の実施地域							
介護サービスの内容等							
認知症加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
認知症加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
看護職員配置加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
看護職員配置加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護報酬の加算)の有無				[ ] 0. なし・ 1. あり			
介護サービスの提供内容 に関する特色等							
サービス利用に当たっての 留意事項							
体験利用の内容							
協力医療機関の名称							
(協力の内容)							
協力歯科医療機関	[ ]	0. なし・ 1. あり	その名称				
(協力の内容)							
バックアップ施設の名称							
(協力の内容)							
運営推進会議の開催状況							

(前年度1年間の開催実績)	(参加者人数)	人
(協議内容等)		
地域・市町村との連携状況		

小規模多機能型居宅介護の登録者の状況

登録者の人数						
区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	人	人	人	人	人	0人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	0人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	0人
85歳以上	人	人	人	人	人	0人

  

登録者の平均年齢	歳			
登録者の男女別人数	男性	人	女性	人

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況

建物形態	[ ] 0. 単独型・ 1. 併設型			
建物構造	作り		階建ての	
広さ等	敷地面積		延床面積	
	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
宿泊室について				
	個室	室		
	1室当たりの居室面積	m <sup>2</sup>		
	上記以外の宿泊室	室		
便所の設置数	か所	うち手すりの設置がある数		か所
		うち車いす等の対応が可能な数		か所

バリアフリーの対応状況

(その内容)	
消火設備等の状況	[ ] 0. なし・ 1. あり

事業所の敷地に関する事項

敷地の面積	m <sup>2</sup>
事業所を運営する法人が所有	[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり
抵当権の設定	[ ] 0. なし・ 1. あり

貸借(借地)

[ ] 0. なし・ 1. あり	契約期間	始		終	
	契約の自動更新				
[ ] 0. なし・ 1. あり					

事業所の建物に関する事項

建物の延床面積	m <sup>2</sup>
事業所を運営する法人が所有	[ ] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり
抵当権の設定	[ ] 0. なし・ 1. あり

[ ]	[ ]	0. なし・ 1. あり	契約期間	始		終	
契約の自動更新					[ ]	0. なし・ 1. あり	

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称						
電話番号						
対応している時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日						
留意事項						

介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み

損害賠償保険の加入状況	<input type="checkbox"/> 0. なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 1. あり
-------------	---

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		
<input type="checkbox"/> 0. なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 1. あり	当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> 0. なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 1. あり
地域密着型サービスの評価の実施状況		
<input type="checkbox"/> 0. なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 1. あり	実施した直近の年月日	平成 年 月 日
	実施した評価機関の名称	
	当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> 0. なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 1. あり

## 5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

利用料等(利用者の負担額)			
食費	[ ] 0.なし・1.あり	朝食	円
		昼食	円
		夕食	円
		おやつ	円
宿泊費	[ ] 0.なし・1.あり	円	
その他の費用			
①その他 ( )	[ ] 0.なし・1.あり	円	
②その他 ( )	[ ] 0.なし・1.あり	円	
③その他 ( )	[ ] 0.なし・1.あり	円	
④その他 ( )	[ ] 0.なし・1.あり	円	
⑤その他 ( )	[ ] 0.なし・1.あり	円	